POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Czerwiec.	→ ROCZNIK JEDENASTY. ←	1909.

I. PRACE ORYGINALNE.

Chromofotometr, przyrząd dla oznaczania wrażliwości siatkówki na światło w stanach prawidłowych i chorobowych.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,
Doc. Ak. lek.

Chromofotometr jest przyrządem do mierzenia wrażliwości siatkówki na światło barwą siną i czerwoną. Znaną jest ważność barwy sinej przy badaniu wrażliwości siatkówki na światło, a znowu barwa czerwona jest najważniejszą przy badaniu odczuwania barw. Zresztą barwy sina i czerwona są krańcowemi barwami widma i według Wolfberga [1]) wrażliwość prawidłowa na barwę siną i czerwoną jest zupełnie wystarczającym dowodem prawidłowej wrażliwości na barwy.

Chromofotometr składa się ze skrzynki długości 100 cm, a wysokości i szerokości 10 cm, z otworem dla światła w przedniej ścianie skrzynki, który dowolnie można pomniejszać i powiększać od $\frac{1}{10}$ mm □ do 4 cm □, a nawet do 1 dcm □.

Na ścianie przeciwległej otworowi na światło znajduje się pod kątem 45° do otworu dla światła chromoskop [2]) złożony z dwóch pasów, jeden z włóczki czerwonej, a drugi z sinej. Barwa czerwonej włóczki jest równą barwie czerwonej widma słonecznego przy linii *B*, a barwa sinej włóczki sinej barwie widma słonecznego pomiędzy liniami *F* i *G*.

Po nad miejscem, gdzie się znajduje chromoskop skrzynka chromofotometru złączona jest z drugą skrzynką długości 25 cm, do której wstawia swą twarz osobnik badany na wrażliwość na światło. — Jeżeli się bada wrażliwość na światło każdego oka osobno, to na oko nie badane nakłada się opaska.

Przystępuje się do badania wrażliwości na światło przy otworze jak największym, żeby osoba badana mogła jak najwyraźniej odróżniać obydwie barwy, a następnie pomniejsza się stopniowo otwór aż zniknie jedna, a następnie i druga barwa i pozostaje tylko mniej lub więcej wyraźna jasność zwykle od barwy sinej. Wtedy pomniejsza się znowu otwór coraz bardziej, aż do stopnia, gdy ledwo, że się odczuwa jasność.

Osoba z prawidłową wrażliwością na światło w chromofotometrze wystawionym na światło dzienne w dzień jasny odczuwa z łatwością jasność od sinej włóczki przy otworze wielkości 0·1 mm □, a nawet i jeszcze mniejszym; zatem osobnik odczuwający jasność od włóczki sinej tylko przy otworze wielkości 1 mm □ lub jeszcze większym musi być uważany jako mający wrażliwość na światło mniejszą od prawidłowej.

Po oznaczeniu wielkości otworu potrzebnej dla odczuwania jasności, powiększamy otwór dotąd, aż badany zdoła rozpoznać barwę czerwonej włóczki. Osobnik z prawidłową wrażliwością na barwy odczuwa barwę czerwoną w chromofotometrze. wystawionym na światło dzienne, już przy otworze wielkości 1 mm □.

Tak więc przy pomocy chromofotometru oznaczamy wrażliwość siatkówki na najmniejszą dostrzegalną jasność, tymczasem ogólnie przyjętem jest zdanie, że n i e p o d o b n a o z n a-

czyć wrażliwość siatkówki na najmniejszą jasność, a można tylko oznaczyć wrażliwość siatkówki na najmniejszą różnicę jasności dwóch niejednakowo oświeconych białych powierzchni.

W tym celu używane są t. zw. krążki Massona; są one z białego kartonu, a na białej ich powierzchni jest czarna plama, która podczas obrotu krążka zlewa się z białym pasem w okręgu tego samego promienia w mniej lub więcej szary pas zależnie od wielkości plamy.

Prawidłowa siatkówka wrażliwa jest już na taką różnicę w jasności, gdy na białej powierzchni krążka powstaje szary pas z czarnej plamy, zajmującej 2^0 okręgu krążka przy 4 mm szerokości i wysokości zajętego odcinka.

Zwykle jednak bierze się plama nieco większa, zajmująca 3^0 okręgu krążka i wrażliwość na tę plamę uważa się za prawidłową i oznacza się ją przez 1. Wrażliwość na plamę dwa razy większą t. j. zajmującą 6^0 okręgu krążka uważa się jako połowę wrażliwości i oznacza się przez $\frac{1}{2}$ L (*lux*).

Wrażliwość na plamę 3 razy większą t. j. zajmującą 9^0 oznacza się przez $\frac{1}{3}$ L. i t. d. Dla wygody i szybkości oznaczania stopnia wrażliwości siatkówki na światło Treitel[3]) ułożył tablicę, na której na czarnem tle umieścił rzędami kwadraty jednocentymetrowej wielkości i różnej jasności od kwadratu zupełnie białego aż do kwadratu jasności równej białej plamie, zajmującej 3^0 okręgu czarnego krążka.

Rozpoznawanie znaków Treitela odbywa się z odległości jednego metra.

Wszystkie inne sposoby oznaczania wrażliwości siatkówki na światło sprowadzają się do oznaczania sprawności wzrokowej przy pomniejszaniu oświetlenia bądź przystawianiem do oka szkieł zadymionych, bądź pomniejszaniem otworu, przez który światło pada na próbne znaki.

Sposoby te są jeszcze mniej dokładne od badania krążkami Massona.

Wadliwością też chyba tylko spółczesnych sposobów badania wrażliwości siatkówki na światło, wytłumaczyć można

twierdzenie tak znakomitego lekarza, jakim jest prof. Adamiuk[4]), że »badanie wrażliwości siatkówki na światło nie jest ani niezbędne ani nawet ważne, lekarz bowiem już przy oznaczaniu sprawności wzrokowej dla znaków może wyrobić sobie dostateczne wyobrażenie o wrażliwości siatkówki na światło u badanego osobnika. Wszak nie może być mowy o prawidłowej sprawności wzrokowej przy wadliwej wrażliwości na światła i odwrotnie«.

Zdanie to jest najzupełniej mylne już chociażby ze względu na ogólnie znane obniżenie wrażliwości na światło siatkówki ze zwyrodnieniem barwikowem przy dobrze zachowanej sprawności wzrokowej.

Czterdzieści zbadanych przeze mnie wypadków wrażliwości na światło u osób z chorobami siatkówki i nerwu wzrokowego dowodzą również, że przy sprawności wzrokowej najniższych stopni, wrażliwość siatkówki na światło może być jeszcze bardzo znaczna, a niekiedy nawet prawidłowa.

Oto niektóre z tych przypadków:

1. Edward P., z Jałty[5]), zwrócił się do lecznicy ocznej na Pohulance z zapaleniem siatkówki, wywołanem przez zatrucie wyciągiem paproci samczej. Badanie przedmiotowe wykazało zupełną przezierność rogówki, soczewki, szklistki i prawidłową ogniskowość; ale zarysy tarczy były zatarte, żyły na siatkówce przekrwione, a na obwodzie rozsiane liczne kupki barwiku. Badanie podmiotowe wykazało prawidłową sprawność wzroku V = 2 mm, znaczne ograniczenie pola wrażliwości siatkówki i kurzoślep.

Pomimo jednak zupełnej sprawności wzroku, chory wykazał b. znaczne osłabienie wrażliwości siatkówki na światło. Odróżniał on z trudnością jasność sinego pasa w chromofotometrze przy otworze wielkości 1600 mm □, oświetlonym płomieniem 1-ej metroświecy, tuż przy otworze po 7-minutowej adaptacyi.

W maju r. 1905 w miarę, jak ustępował zapalny stan siatkówki, wrażliwość siatkówki na światło tak się wzmogła,

że odczuwał on jasność sinego pasa w chromofotometrze przy otworze wielkości 100 mm □ (czerwony pas odróżniał już przy otworze wielkości 25 mm □). Obecnie wrażliwość na światło równą jest 4 mm □. Sprawność wzroku przez cały czas była bez zmiany.

2. Józef Alch., l. 40, z Drui, przebywał zapalenie siatkówki oka prawego. Wielka plama rogówki na oku lewym. Sprawność oka prawego prawidłowa: W = 2 mm. Wrażliwość na światło oznaczona chromofotometrem 25 mm □ (odróżnia jasność pasa sinego przy otworze wielkości 25 mm □, czerwony poznaje przy otworze wielkości 16 mm □.

3. Mera Panc. l. 20, zwróciła się w czerwcu 1905 r., skarżąc się na osłabienie wzroku. (*Retinitis*).

Sprawność wzrokowa oka prawego i lewego W = 1 mm, ale chromofotometr wykazał wrażliwość na światło równą 100 mm □ t. j. rozróżnia ona jasność pasą sinego przy otworze chromofatometru wielkości 100 mm □ (czerwony pas rozpoznaje również przy otworze 100 mm □).

Badanie płomieniem świecy tuż przy samym otworze wykazało wrażliwość dla barwy sinej i czerwonej 16 mm □. Badanie perymetrem wykazało Ogr. pola wrażliwości siatkówek; badanie wziernikiem: przekrwienie tarczy, zadymienie siatkówek, cienkie tętnice, grube i pokręcone żyły.

4. H W., lat 65, z Witebska, uskarża się na osłabienie wzroku.

Sprawność wzrokowa oka prawego i lewego V = 2 mm. Wrażliwość na światło = 9 mm □ t. j. odróżnia jasność sinego pasa w chromofotometrze przy otworze wielkości 9 mm □ (barwę czerwoną rozpoznaje już przy otworze wielkości 4 mm □).

5. M Cz., z Kurlandyi, lat 28, uskarża się na osłabienie wzroku. Przebywał zapalenie siatkówki oka lewego. Pomimoto sprawność wzroku obuocznie jednakowa i prawidłowa, ale wrażliwość na światło, badana chromofatometrem, była dla oka prawego zdrowego 0,1 mm □ dla barwy sinej i 4 mm □

dla barwy czerwonej, dla oką zaś po przebytem zapaleniu siatkówki wrażliwość na jasność siną 4 mm □, na barwę czerwoną 25 mm □.

Wypadki powyższe wykazują, jak bardzo może być upośledzoną wrażliwość siatkówki na światło przy prawidłowej sprawności wzrokowej.

Następujący wypadek wykazuje możność wykrycia stanu zapalnego w siatkówce przy pomocy chromofotometru pomimo braku objawów zapalnych na dnie oka.

6. K. L., lat 44, z Dynaburga, trudni się przekupem ryb, zwrócił się 9 go lipca 1905 r. do lecznicy ocznej na Pohulance, skarżąc się na nagłe upośledzenie wzroku.

Po wyrównaniu szkłami długoogniskowości sprawność wzrokowa oka pr. była V = 30 mm, oka lew. V = 2 mm.

Wrażliwość na światło oka pr. nie mogła być zbadana chromofotometrem chory bowiem zaledwo odczuwał światło tym okiem.

Oko lewe odróżnia jasność pasa sinego przy otworze wielkości 10 mm □ (barwę czerwoną rozpoznaje przy otworze wielkości 25 mm □.

Badanie wziernikiem wykazało przekrwienie tarczy i zmętnienie siatkówki tylko w oku prawym. Ale chociaż sprawa zapalna była wyraźną, jak ze względu na obraz wziernikowy tak i ze względu na sprawność wzrokową tylko w oku prawym, to jednak chromofotometr wskazywał, że i siatkówka oka lewego była zajęta sprawą chorobową. I rzeczywiście w miarę, jak ustępowała sprawa zapalna w oku prawym, wzrastała wrażliwość na światło siatkówki oka lewego:

19 go lipca 1905 r. chromofotometr wykazał w oku lewym wrażliwość siatkówki na jasność sinego pasa = 4 mm (dla czerwonej barwy = 25 mm).

15-go sierpnia 1905 r. wrażliwość na jasność sinego pasa = 4 mm (dla czerwonej barwy = 4 mm).

Osłabienie wrażliwości siatkówki na światło w stanach zapalnych zależy od zmniejszonej przenikliwości jej utkania

dla promieni świetlnych. Ale osłabienie wrażliwości na światło zależeć może i od zniszczenia znacznej ilości przewodników od przyrządów końcowych w siatkówce do przyrządów wczaszkowych wzroku.

Zapalenie n. wzrokowego nie wywiera znaczniejszego wpływu zarówno na sprawność wzrokową, jak i na wrażliwość na światło, ale, jak tylko stan zapalny, albo przechodzi na siatkówkę, albo w zanik przewodników, natychmiast obniża się jednocześnie sprawność wzrokowa i wrażliwość na światło.

Tak np. J. K., z Wilna, panna, lat 25, wstąpiła 5-go sierpnia 1905 r. do lecznicy ocznej na Pohulance z rozpoznaniem *papillitis oc. utr.*, z porażeniem n. słuchowego prawego, nerwów węchowych, z bólem głowy i zawrotami.

Sprawność wzrokowa oka pr. i lew. V = 3 mm ($\frac{1}{5}$ Snel.), wrażliwość siatkówki na światło badana chromofotometrem była równa $\frac{1}{10}$ mm □ dla sinej światłości i 4 mm □ dla czerwonej. Gdy jednak sprawa zapalna przeszła na siatkówkę (*neuro retinitis*) w marcu 1906 r. sprawność wzrokowa została obniżona do V = 5 mm, a wrażliwość siatkówki na światło do 2 mm □ dla jasności sinej i 2,25 cm □ dla jasności czerwonej.

Również i u M. Pietr., lat 32, z Wilna, który przybył dn. 2-go sierpnia 1906 r. do lecznicy ocznej z rozpoznaniem *Neuritis optica* oka prawego.

Badanie wykazało: sprawność wzrokowa oka prawego V = 2 mm; oka lewego V = 2 mm. Chromofotometr wykazał wrażliwość na światło siatkówki oka praw. 10 mm □ dla jasności sinej i 1 cm □ dla jasności czerwonej i oka lewego $\frac{1}{10}$ mm □ dla jasności sinej i 25 cm □ dla jasności czerwonej.

Pomimo zmian wziernikowych w siatkówce oka prawego, rozpoznałem nie same tylko zapalenie nerwu wzrokowego, ale zapalenie nerwu i siatkówki (*neuro retinitis*).

U Derg. Ign., lat 35, z Witebska, z rozpoznaniem *Neuro retinitis oc. utriusqe* przy sprawności wzrokowej oka pr. i lew. V = 2 mm ($\frac{6}{12}$ Snell) chromofotometr wykazał zupełną nie-

wrażliwość obydwóch siatkówek na światło dla jasności czerwonej i 25 mm □ dla jasności sinej.

Przeciwnie u Adama St., lat 50, z gub. Mińskiej, z rozpoznaniem *neuritis. optica axialis* badanie wykazało: przy bardzo obniżonej sprawności wzrokowej dla znaków V = 20 mm zupełnie prawidłową wrażliwość siatkówek na światło, mianowicie: 4 mm dla jasności czerwonej i $\frac{1}{10}$ mm dla jasności sinej.

I ogólnie tam, gdzie w siatkówce są zmiany zanikowe, a nie zapalne, byle tylko nie zajmowały całej siatkówki, jak to ma miejsce przy *chorioiditis ad maculam*, przy *sclerocherioiditis posterior*, przy *chorioiditis atroficans disseminata*, tam pomimo bardzo już obniżonej sprawności wzrokowej, wrażliwość na światło pozostać może nie tylko bardzo znaczna, ale często nawet zupełnie prawidłowa.

Tak np. u Jana Walic., ze sprawą zanikową w okolicy plamki żółtej ok. pr. przy sprawności wzrokowej V = 5 mm ($\frac{1}{5}$ Snellen) wobec sprawności wzrokowej oka lew. V = 1 mm ($\frac{6}{6}$ Snellen) wrażliwość siatkówek oka prawego i lewego była w obu oczach zupełnie jednakowa i prawidłowa.

Literatura.

1. Louis Wolfberg. Eine einfache Methode d. quantitative Farbenprüfung et caetr. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1886, str. 35.
2. Noiszewski. Post. okul. 1902 r.
3. Tretel. Eine neue Methode der numerischen Bestimmung des Lichtsinnes. Centralbl. f. pr. Augh. 1885.
   — Ueber Hemeralopie und Untersuchung des Lichtsinnes Archiv. Graefe XXX. B I.
4. Adamiuk. Boleźni świeto oszczuszczajuszczago apparata głaza. Cz. I. str. 198. Kazań 1897.
5. Noiszewski. Post. Okul. r. 1906, str. 246—248.

Niezwykły przypadek przyrodzonego zwichnięcia soczewki.

Podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Opis kazuistyczny ma niewątpliwie swe uzasadnienie, jeżeli przedstawia okaz niezwykły pod względem częstotliwosci albo rzadszych objawów, a tem więcej, jeżeli przypadek taki dał powód do niezwykłego przebiegu operacyjnego.

Do takich właśnie należy ten, który po krótce zamierzam opisać, łącząc z opisem uwagi dotyczące kwestyi ważniejszych.

Mitka Stanisław, 9-letni chłopiec, przyprowadzony do kliniki uniwersyteckiej dn. 9. XI. 1908. przez ojca, który podaje, iż od 3-ch lat chłopiec źle widzi z daleka i z blizka, gdy brat i 4 ry siostry dobrze widzą Poród chłopca był łatwy, a przyczyna niedowidzenia nie wiadoma. Tyle ojciec; później atoli dowiedziałem się. że przed 6-ciu tygodniami miała chłopca uderzyć siostra ręką w oko prawe. Od tego też czasu oko to łzawi.

Badanie wykazuje co następuje: Dziecko na swój wiek dobrze rozwinięte. Oczy wyglądają zewnętrznie prawidłowo.

Pro. Przednia komora zwłaszcza w osiowej części — głęboka. Soczewka zwichnięta leży poza średnio rozwartą źrenicą, opuszczona ku dołowi, tak, że jej brzeg górny odpowiada górnemu brzegowi źrenicy. Po rozszerzeniu źrenicy homatropiną widać prawidłowe dno oka. Tak soczewka jak i tęczówka drgają przy ruchach gałki. W obwodzie lekkie zmętnienie soczewki. Przy pochyleniu głowy ku przodowi soczewka przechyla się silnie ku rogówce, zaś ku tyłowi, gdy głowa w tył przegięta.

Lo. Przednia komora miernie głęboka, źrenica 3 mm szeroka, dobrze na światło oddziałuje. Przeświecając widzi się tuż za źrenicą soczewkę przemieszczoną ku górze wewnątrz, a brzeg soczewki dolno-zewnętrzny odznacza się jako ciemna

linia, przebiegająca $\frac{1}{3}$ górno-wewn. część źrenicy, a $\frac{2}{3}$ źrenicy wolne od soczewki przedstawia sierp czerwony przy wziernikowaniu. Przy dolnym brzegu widać wyciągnięte niteczki wiązadełka Zinnego.

Badanie wzroku daje ciekawy wynik, mianowicie:

Pro: $\frac{10}{18}$ Mp. 4·5. Zaś Hp. 4 przy pochyleniu głowy na lewo.
Lo: $\frac{10}{18}$ Hp. 4·5 a Mp. 5 przy pochyleniu głowy na lewo.

Z blizka czytał nawet pro. Sn. 1·25, a lewem Sn. 0·5 bez szkła przy wązkich źrenicach.

Wobec tego, że soczewka prawego oka silnie zmieniała położenie swe przy zwrotach głowy, a tem samem mogła, a raczej musiała i do rozwiotczenia ciałka szklistego prowadzić i ciałko rzęskowe drażnić, a co chwilę zmieniała warunki refrakcyi, uważałem za stosowne ją usunąć. W tym celu obmyśliłem plan, by soczewkę przez odpowiednie ułożenie głowy pochylonej sprowadzić do przedniej komory, a następnie uwięzić ją tu przez zwężenie źrenicy ezeryną. Poleciłem chłopca przedstawić mi przy najbliższej sposobności w czasie wykonywania operacyi. Tymczasem asystent nie zrozumiał ściśle mego planu i do uwięzienia soczewki zabrał się zaraz i to z następującym skutkiem.

Dn. 12 go grudnia 1890 r. polecono choremu położyć się twarzą do poduszki, a po pewnym czasie zapuszczono ezezynę. Zrazu źrenica nie zwężała się dostatecznie, później nastąpiło to, ale soczewka pozostała po za tęczówką. Tak było aż do 20. XII. a to niezawodnie dla tego, że żywy chłopak niekontrolowany leżenia twarzą do poduszki zwróconą nie brał na seryo. Nastąpiło to dopiero 20. XII. po powtórzeniu zabiegu, a wtenczas soczewka niemal cała przemieściła się do przedniej komory, a tylko górno-zewn. brzeg jej, przytrzymywany przez włokienka wiązadła Zinnego, dotykał brzegu tęczówki takową tutaj nieco zaginając. Źrenica mało zwężona a oko zresztą niepodrażnione.

Dla lepszego więc działania zwężających środków zasto-

sowano maść *pek**) i to, jak protokuł opiewa, aż 3 razy wśród dnia. Jeszcze wieczorem tegoż dnia zapisano w protokule: oko blade, bólu żadnego Tn. źrenica znacznie węższa obejmuje soczewkę.

Dn. 21. XII. Rano już o piątej powołano lekarza dyżurnego do chorego z powodu bólu i okazało się, że gałka była cała podrażniona, T + 2.

Oko silnie łzawi, spojówka mocno przekrwiona, silne rzęskowe przekrwienie, a rogówka o powierzchni nierównej, pozbawionej zwykłego połysku. Źrenica 4 mm szeroka, a soczewka w niej uwięziona w ten sposób, iż brzeg jej skroniowo dolny sterczy wolny do przedniej komory, gdy górno-nosowy złączony z wiązadełkiem zwrócony ku tyłowi, przyczem wolny brzeg tęczówki obejmuje ściśle tak ułożoną soczewkę. Wzrok oczywiście podupadł tak dalece, że chory tylko silniejsze rozpoznawał światło. Mieliśmy więc do czynienia z typowym napadem jaskrowym.

W tych warunkach poleciłem natychmiast zastosować znowu atropinę i zimne okłady.

Powoli tylko, w miarę, jak źrenica zaczęła się rozszerzać, bóle ustępowały, przekrwienie zmniejszało się, zmętnienie rogówki taksamo, a dopiero około północy, a zatem po 18 godzinach źrenica rozszerzyła się, a z rozszerzeniem i bóle ustąpiły; soczewka znowu poza tęczówkę się przesunęła. Potrzeba było jednak kilku dni zanim pod wpływem ponownego atropinowania i stosowania dioniny oko powróciło mniej więcej do dawniejszego stanu. Najwięcej czasu potrzebowała rogówka, by stracić zupełnie zmętnienie, które utrzymywało się prawie do końca miesiąca.

Czy dawniejszy wzrok powrócił, nie umiem podać, gdyż nie znajduję żadnego pod tym wyględem zapisku w prótokule klinicznym.

Przekonawszy się atoli, że źrenica dobrze na światło znowu oddziałuje, zamierzałem dn. 28. XII. 1908. soczewkę raz

---

*) pilokarpina, ezeryna i kokaina.

jeszcze dostać do pk., by ją natychmiast potem stąd usunąć. Chłopca usadziłem na taburecie z pochyloną ku przodowi głową. a gdy soczewka dostała się do pk. zapuszczono pek. Po 20 minutach przy prawdopodobnie nie właściwem, bo niekontrolowanem zachowaniu się malca, bardzo swawolnego, przekonano się, że źrenica wprawdzie dobrze się zwężyła, ale soczewkę znowu z przodu ku tyłowi wypuściła. Operacyę więc narazie odroczyłem, a przystąpiłem do niej w dn. 3. I. 1909. Mając cały szereg innych operacyi do wykonania w międzyaktach, sam manipulacyę uwięzienia soczewki w następujący uskuteczniłem sposób. Najprzód do worka spojówkowego zapuściłem kokainę, by źrenicę nieco rozszerzyć i usadziłem chłopca na taburecie wysokim, a na poduszkę, umieszczoną na niskiem krześle, kazałem twarz położyć i kilku lekkiemi uderzeniami na tyłów głowy, starałem się przesunięcie się soczewki do przedniej komory ułatwić. Chłopiec kontrolowany nie śmiał głowy poruszać, ni zmieniać pozycyi nadanej jego głowie. Gdy przekonałem się, że soczewka rzeczywiście przechyliła się do przedniej komory, włożyłem do worka maść pek co miało ten skutek, że po pół godzinie została soczewka jak zamierzałem ściśle uwięziona, w źrenicy zwężonej do 4 mm wolno sterczące częścią swą dolno-zewnętrzną do przedniej komory. Natychmiast przystąpiłem tu do operacyi, wykonując ją w następującycy sposób:

Jak zwykle oko obmyto i znieczulono kokainą, poczem nóż grotowy ostrożnie wkłułem górą na brzegu rogówko-twardówkowym i wolno pomiędzy rogówką a soczewką starałem się przesunąć ku dołowi, nie raniąc soczewki, co mi się też zupełnie udało. Następnie łyżką Pagenstechera wywierając ucisk na górną wargę ranki pod wpływem masowania soczewkę całą w zamkniętej torebce wycisnąć zdołałem. Okazało się przytem, że część, do której wiązadełko Zinnego przylegało, przedstawiała jakoby wyrostek mały. Maleńka przepuklina ciałka szklistego rychło się cofnęła, a zapuściwszy raz jeszcze *pek*, założyłem opaskę zwykłą.

Przebieg dalszy był w ogóle prawidłowym lubo oko to po przebytym napadzie glaukomatycznym zawsze jeszcze miało rogówkę nieco zmętnioną. Ostatnie badanie wzroku w dniu 16. II. 1909 r. wykazuje $\frac{6}{18}$ Hp. 14 Sn. 1·5 c. $+$ 18. Że jednak chłopiec żywy, nie uważny, przeto wyniki badania, osiągane przez rozmaitych panów asystentów, odmiennie wypadały, a pewności żadnej nabrać nie było można. To zdawało się nie ulegać wątpliwości, iż podmiotowo chłopiec sam odczuwał polepszenie wzroku i wielkie udogodnienie, zwłaszcza po otrzymaniu okularów.

Przypadek ten budzi, zdaniem mojem, zaciekawienie zwłaszcza co do wyniku przygotowania przedoperacyjnego. Przekonaliśmy się z tego, iż myśl sama co do zabiegu operacyjnego w danym razie wobec soczewki zwichniętej a tak bardzo ruchomej była dobrą, gdyż odnosiła się do zamknięcia soczewki w przedniej komorze i wydostania jej następnie stamtąd drogą operacyjną, ale zabieg ten powinien był być od razu wykonanym, jak go w rzeczywistości później wykonałem po usunięciu napadu glaukomatycznego, powstałego przez zbyt długie uwięzienie soczewki w źrenicy. Tak jak zamknięcie przestworu naokoło soczewkowego, wedle Priestley-Smitha, spowodować może jaskrę, taksamo zamknięcie tylnego odcinku gałki od przedniego t. j. od jej przednich dróg limfatycznych przez zupełne zamknięcie źrenicy soczewką, objętą skurczonym zwieraczem, musiało wywołać zaburzenie w obiegu soków wśródgałkowych, sprowadzając napad glaukomatyczny *in optima forma*, napad, który dopiero środkami, rozszerzającymi źrenicę, opanowanym został. Następstwem tego to napadu przypisać trzeba, że wynik operacyjny nie był tak wybitnym co do wzroku, jak się tego było można spodziewać.

Zachodżi pytanie, czy w podobnych przypadkach w ogóle usunięcie soczewki jeszcze przezroczystej byłoby wskazanem. Oczywiście tam, gdzie zwichnięcie soczewki nie jest połączonem z taką ruchliwością jak tutaj w oku prawem, gdzie więc

soczewka, mimo przesunięcia, okazuje się dosyć jeszcze ustaloną, wystarczałoby przepisać te szkła, które odpowiadają refrakcyi głównej części źrenicy średnio rozwartej, względnie polecałoby się wykonać irydektomię, by odsłonić więcej soczewkę zwichniętą albo też by rozszerzyć część źrenicy pozbawioną soczewki. Zależeć to będzie w danym razie od tego, w którą stronę soczewka przesunięta, a rękoczyn winien stworzyć najkorzystniejsze warunki refrakcyjne w stosunku do położenia żółtej plamki i jej najbliższego otoczenia.

Gdy oko lewe stanowczo dawało korzystniejsze warunki do irydektomii, względnie do sztucznego rozszerzenia źrenicy i zaopatrzenia go w szkło wypukłe, dla prawego oka, pomijając ruchliwość soczewki, która refrakcyę tego oka ustawicznie zmieniała, rękoczyn taki nie przedstawiałby korzystnych warunków.

Rzeczą operatora jest więc zawsze i wszędzie ściśle indywidualizować.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1909. T. LXX. Z. 1 i 2. (Referent Dr T. Kleczkowski).

Wyniki operowanych myopii ze szczególnem uwzględnieniem pooperacyjnego odczepienia siatkówki na podstawie przypadków kliniki uniwersyteckiej w Lipsku od 1. X. 1893 do 30. VI. 1906. (Dauerfolge der vom 1. X. 1893 bis 30. VI. 1907 in der Leipziger Universitäts-Augenklinik operierten Myopien mit besonderer Berücksichtigung der operativen Netzhautabhebung). Höpner.

Na podstawie materyału kliniki uniwersyteckiej w Lipsku dochodzi autor do przekonania, że u ludzi młodych do roku 30-go należy w przypadkach krótkowzroczności $>$ 17 D usunąć drogą operacyjną przezroczystą soczewkę grotem. Ze względu na spodziewany

wynik operacyi t. j. poprawienie bystrości wzrokowej w dal, należy operować jedynie tylko oczy zdrowe, a wykluczyć należy naturalnie od operacyi te przypadki, w których wysoka krótkowzroczność już swój wpływ szkodliwy wywarła (krwotoki siatkówkowe, zmiany w naczyniówce, zmętnienia ciałka szklistego i t. d.). W przypadkach takich ani nawet ustania postępowania dalszego krótkowzroczności nie można się spodziewać. Z operacyą więc nie należy zwlekać i już u starszych dzieci, jeżeli Mp. wynosi > 14 D i jeżeli objawy przemawiają za jej postępowaniem należy soczewkę usunąć. Mniejszych stopni krótkowzroczności z powodu pooperacyjnie występującej dalekowzroczności nie należy operować. Grożące, albo już nawet powstałe odczepienie siatkówki jest przeciwskazanem do operacyi i to nietylko dotkniętego niem, ale nawet drugiego oka chociażby zdrowego, bo przynajmniej w 5-ej części przyp. przyszło w podobnych razach do następowego odczepienia siatkówki po drugiej stronie. Nigdy nie należy obu ócz równocześnie operować, lecz dopiero gdy po roku widać, że w oku operowanem nie przyszło do jakichkolwiek powikłań, należy i drugie oko poddać operacyi. Autor sądzi, że natychmiastowe wyjęcie soczewki jest lepszą metodą operacyjną, aniżeli pierwotna metoda Fukali. Uzasadnia zaś tem, że postępując według pierwszej metody unika się podniesienia ciśnienia i jego następstw, ma się większą pewność, że nie wystąpi wypadnięcie c. szkl. i pooperac. odczepienie siatkówki i że tylko jeden zabieg jest potrzebny do wyleczenia z krótkowzroczności.

Przyczynek do anatomii przetok rogówkowych wraz z uwagami o znamiennem wyżłobieniu tarczy nerwu wzrokowego w jaskrze następowej. (Beitrag zur Anatomie der Hornhautfisteln nebst Bemerkungen über eigenartige Sehnervenexcavation bei secundärem Glaucom (Glaskörperhernie)). Dr Ch. Oquehi.

Autor badał drobnowidowo przypadek, w którym w następstwie zapalenia egipskiego przyszło do wytworzenia się wrzodu rogówki i przetoki sączącej. Z powodu następowych silnych bólów jaskrowych sam chory prosił o wyjęcie gałki ocznej. Drobnowidowo okazało się, że w miejscu przetoki wkleszczona była tęczówka, szczeliny zaś, w ścisłem tego słowa znaczeniu nie było. Woda komorowa przesączała jedynie przez rozwiotczony kawałek wkleszczonej tęczówki, która w miejscu tem pozbawiona była swej części siatkówkowej, a pokryta była nabłonkiem rogówki w jednym miejscu pękniętym, w całości zaś była przyparta do tylnej powierzchni rogówki. Soczewka również przylegała dołem od przetoki rogówko-

wej. W tarczy nerwu wzrokowego jednakowo wyżłobionej zauważyć było można lejkowate zagłębienie wypełnione zgęszczonem ciałkiem szklistem. Ściany tego zagłębienia wytworzone były przez blaszkę sitową, dno zaś przez zanikłe włókna nerwu wzrokowego. Powstanie tego zagłębienia tłumaczy sobie autor nie uciskiem, ale uważa za następstwo rozpadu włókien nerwu. W następstwie utrudnionego odpływu limfy przez przetokę, przyszło do rozszerzenia tylnego odpływu dla niej.

Przyczynek do znajomości rzekomego glejaka. (Ein Beitrag zur Kenntniss des Pseudo-glioms). Dr M. Eversheim.

Do kliniki w Bonn zgłosiła się matka z córką 9 lat liczącą podając, że dziecko od trzech tygodni na prawe oko nie widzi. Badanie przy bocznem oświetleniu wykazało obecność 3-ch wypukleń siatkówki żółto-zielonych, lekko drżących przy ruchach gałki ocznej. Naczynia krwionośne, przebiegające ponad temi wypukleniami, przedstawiały się prawidłowo, jedynie tylko ich końcowe gałązki tworzyły jakby gęsty splot cieniutkich naczyń poplątanych ze sobą, leżących jakby na podstawie usianej drobniutkiemi wybroczynkami. Nie mogąc wykluczyć z całą pewnością obecności glioma, oko wyłuszczono. Gałkę tę, jak również dwa podobne przypadki prof. Lebera badał autor drobnowidowo. Na podstawie tego badania dochodzi E. do przekonania, że z powodów bliżej nieznanych najpierw ulegają schorzeniu naczynia krwionośne siatkówki, czy to pierwotnie, czy też na drodze przerzutu. W następstwie tego przychodzi do silnego zaburzenia w odżywianiu i do krwotoków, tak, że koniecznem następstwem musi być zwyrodnienie siatkówki. Krwotoki te następowo ulegają zorganizowaniu. Gdy przyjdzie do odczepienia siatkówki przestrzeń wolną pod nią położoną wypełniają znowu nowe krwotoki, które mogą być, jak to w 2-ch ostatnich przypadkach było, tak obfite, że soczewka zostaje ku przodowi przesunięta, a przez zamknięcie kąta komorowego przychodzi do dającego się klinicznie stwierdzić podwyższenia ciśnienia. Uderzającem w tych 3-ch przypadkach było *ectropium uveae*.

Przedziurawienie błon wysiękowych źrenicznych. (Die Durchlochung der Pupillenschwarten). Dr O. Schnaudigel.

Nowy instrument służący do przedziurawiania zorganizowanych błon wysiękowych źrenicy jest zrobiony w rodzaju nożyczek Weckera, których ramiona muszą być dokładnie do siebie przystosowane, a które w miejscu zwyczajnych ostrzy posiadają nożyk okrężny, który wchodzi zupełnie dokładnie w drugie ramię mające postać języczka. Sposób postępowania jest następujący: cięcie

grotem po stronie skroniowej przez rogówkę i błonę wysiękową, wprowadzenie przyrządu S. do przedniej komory, zanurzenie jednego ramienia instrumentu w cięciu na błonie wysiękowej, przesunięcie o ile możności ku środkowi, zamknięcie ramienia i wyciągnięcie zamkniętego instrumentu mającego między swymi ramionami kawałek wyciętej błony. Ażeby przyrząd rzeczywiście odnosił tak dobre wyniki, jak to we wszystkich 8-u przypadkach autora było, ramiona jego muszą matematycznie do siebie przylegać i być bardzo ostremi. W żadnym przypadku autora nie przyszło do wypadnięcia ciałka szklistego.

O etyologii wad łamliwości oka i o pochodzeniu emmetropii. (Über die Aetiologie der Brechungsanomalien des Auges und den Ursprung der Emmetropie). Prof. Straub.

Jeżeli się zważy, że większość noworodków jest dalekowzroczna, a że potem u ludzi dorosłych większość posiada łamliwość miarową, a mniejszość tylko krótkowzroczną, to musi się przyjąć obecność jakiegoś mechanizmu regulującego, któryby mógł mieć wpływ na późniejszą tę zmianę łamliwości. Mechanizm ten nazwał S. emmetropizacyą. Albo więc podczas wzrostu oka długość osi oka musi dojść do tej wielkości, ażeby przy danej łamliwości soczewki była emmetropia, albo łamliwość soczewki musi się tak zmienić, ażeby przy danej długości oko mogło być na nieskończoność nastawione. Autor zgadzając się na przypuszczenie de Vries'a, że główną w tem rolę może mieć tylko soczewka, dołącza również swój dowód czysto biologiczny. Czynnikiem tym biologicznym jest chęć ostrego widzenia w dal. Nastawienie zaś oka w dal jest w najwyższej instancyi zależnem od świadomości. System nerwowy więc musi wpływać albo na długość osi oka, albo na soczewkę, wpływać zaś jedynie może tylko za pośrednictwem mięśnia rzęskowego na soczewkę. Musi się więc przyjąć, że prócz szybkiej zmiany postaci soczewki, która się nazywa nastawianiem się jej, jest jeszcze jedno nastosowanie się soczewki, które zawiaduje nastawieniem się oka będącego w spoczynku. Jeżeliby postać soczewki zależała od dwóch mięśni przeciwdziałających, tłumaczenie takie nie miałoby przeciwników. Dzięki działaniu okrężnej części mięśnia rzęskowego powstaje rynienkowate zagłębienie między rogówką a twardówką, w ciśnieniu zaś śródocznem upatruje autor tę siłę przeciwdziałającą, starającą się owe zagłębienie wyrównać. Jeżeli więc dzięki wrodzonej energii wzrostu oś gałki ocznej się wydłuża i soczewka powiększa, przychodzi w danym przypadku do emmetropizacyi, bo z drugiej strony ciśnienie śródoczne, wypuklając wyżej opisaną rynienkę, spłaszcza soczewkę i zmniejsza tem-

samem łamliwość oka. Pod kierownictwem S. przeprowadzano badania nad powstawaniem krótkowzroczności i na podstawie zestawień uczniów krótkowzrocznych w szkołach w Amsterdamie i w swojej poliklinice dochodzi autor do następujących wniosków: 1) między 20 lat liczącymi ludźmi tem częściej spotyka się Mp. im czas chodzenia do szkoły był dłuższy. 2) W szkołach ludowych ilość Mp. wzrasta wprost proporcyonalnie z wysokością płaconego czesnego. 3) Prócz czesnego szkodliwym czynnikiem w szkołach są wypracowania domowe i chęć następowa wyższych studyów możliwa jedynie w przypadku pomyślnego ukończenia szkoły niższej. 4) Nauka, gdzie główny nacisk kładzie się na języki nowożytne i przyrodoznawstwo, pociąga mniej Mp. aniżeli gimnazya klasyczne. 5) Mp. wzrasta w miarę pilności ucznia. 6) Mp. należy według autora całkowicie szkłami wyrównywać, ze ścisłem wyrównaniem niezborności — przypadki bowiem w takich razach postępowania Mp. są mniej częstymi. S. przyjmuje, że i w oczach krótkowzrocznych była początkowo dążność do nastawiania się ich do patrzenia w dal. Czynniki jednak szkodliwe (gimnazyum, ast., plamy rogówkowe) były za silne, i oś oka się wydłużyła. Jeżeli się Mp. w zupełności wyrówna, to daje się świadomości jak gdyby nową sposobność, ażeby mechanizm emmetropizacyi mógł znowu działać. Głównym czynnikiem działającym jest więc czynnik psychiczny. Z czynnikiem tym współdziała czynnik somatyczny, w którym główną gra rolę napięcie mięśniowe. Mięsień rzęskowy w Mp. ulega zwiotczeniu, a opór stawiany przez ściany gałki ocznej ciśnieniu śródocznemu staje się niewystarczającym i gałki ulegają powiększeniu. Wyrównanie całkowite Mp. zmusza jak gdyby do pracy mięsień rzęskowy, a temsamem prowadzi do zwiększenia siły mięśnia rzęskowego. Jest to więc drugi czynnik, którego brakło tak, że w oczach takich nie mogła się rozwinąć emmetropizacya. Łamliwość dalekowzroczną w wieku dorosłym należy uważać za objaw braku emmetropizacyi. Emmetropizacya zależna jest od działania mięśnia rzęskowego. Mięsień ten w Hp. jest dosyć silny, ale brak mu napięcia. Nie należy jednak myśleć, jakoby napięcie napiętej części mięśnia miało wskazywać wysokość Hp. *latens*. Część ta napina się jednak tylko przy czytaniu — napięcie to jednak znika, gdy uwaga na dany przedmiot nie bywa zwracaną. U emmetropów zaś, napięcie to jest ustawiczne. Mięsień rzęskowy ogromnie jest zależny od inuerwacyi konwergencyi, a więc od obuocznej innerwacyi mięśniowej. Słabe więc obuoczne widzenie pociąga za sobą, słabą obuoczną innerwacyę mięśni, w następstwie czego musi wywierać ujemny wpływ na napięcie mięśnia rzęskowego, na od niego zależne czynnościowe dostosowanie się oka, a więc i emme-

tropizacyę jego. Tak jak Hp. w zbiorowem tego słowa znaczeniu, tak też i powstanie objawów jej towarzyszących, a mianowicie jednostronnej amblyopii spostrzeganej ani w przypadku anizometropii ani zeza można według S. wyprowadzić z osłabienia wrodzonego, widzenia obuocznego.

O sposobie powstawania białkomoczowych schorzeń siatkówki. (Über die Entstehungsweise der nephritischen Netzhauterkrankung). Prof. Leber.

Wbrew przekonaniom Greeff'a, twierdzi autor, że schorzenie nerek i siatkówki nie powstaje z jednej wspólnej przyczyny, ale że schorzenie siatkówki jest następstwem schorzenia nerek. Do głównych zmian w siatkówce należą: obrzęk jej, bujanie glei, żylakowate zgrubienia bezrdzeniowych włókien nerwowych i stłuszczenie siatkówki. Stłuszczenie to nie jest dowodem zwyrodnienia tłuszczowego, ale jest naciekiem kuleczek tłuszczowych nagromadzonych z powodu zwolnienia krążenia w naczyniach siatkówki w osoczu krwi, a pochłoniętych przez komórki barwikowe siatkówki. Komórki te szczególne mają powinowactwo do tłuszczu, niektóre z nich bujają, zostają uruchomione i dają obraz w zewnętrznych warstwach siatkówki komórek tłuszczowych, w wewnętrznych zaś z powodu swego rozpadu kuleczek tłuszczowych wolno leżących z mieszanych z ziarenkami barwika.

Brak tęczówki jako wyraz wstrzymania rozwoju siatkówki. (Die Aniridie, als eine Entwickelungshemmung der Retina). R. Seefelder.

Autor badał drobnowidowo przypadek wrodzonego braku tęczówki. Brak ten był jednak tylko pozorny, bo tęczówka ograniczała się w tym przypadku do wąziutkiego okrężnie przebiegającego paska, nigdzie zaś nie było miejsca, gdzieby można było zauważyć całkowity brak tęczówki na podstawie braku rozwoju wyrostków rzęskowych w tym przypadku i zupełnego braku plamki żółtej. Sądzi autor, że brak tęczówki nie jest samoistnym typem wady rozwojowej tęczówki, ale jednym z objawów zaburzenia rozwojowego dotyczącego całego oka, a mianowicie jego tworów ektodermalnych.

Doświadczalne badania o działaniu chininy na oko. (Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung des Chinins auf das Auge). Emil Behse.

Autor przeprowadził badania na pięciu królikach, wstrzykując im podskórnie *chininum dihydrochloricum*, a gałki oczne na-

stępowo badał drobnowidowo. Chinina była tak długo wstrzykiwaną dopóki nie powstawał obraz typowej tak zwanej tarczy chininowej (zblednięcie jej i zwężenie naczyń krwionośnych). Obraz wziernikowy we wszystkich przypadkach był zgodny, a polegał na ściśnięciu warstw siatkówki z powodu zmniejszenia się przestrzeni międzykomórkowych. Główne zmiany spostrzegał autor w komórkach ganglionowych, polegających na przesunięciu obwodowem substancyi tigroidowej, a nawet w cięższych przypadkach na chromatolizie komórek. W naczyniach krwionośnych w lżejszych przypadkach przychodzi tu tylko do spastycznego skurczu naczyń krwionośnych (dobrotliwe przypadki amblyopii), w cięższych zaś przypadkach do uszkodzenia ich ścian z następowem wytworzeniem organizujących się skrzepów (złośliwe przypadki amblyopii chininowej ze stałem zaburzeniem wzroku). Skurcz naczyń krwionośnych i jego następstwa tłumaczy sobie autor bezpośredniem działaniem toksycznem alkaloidu.

O „Febris uveo-parotidea subchronica“ umiejscowionej w przyusznicy i jagodówce oka, a powikłanej częstemi porażeniami nerwów mózgowo-rdzeniowych. (Über eine »Febris uveo-parotidea subchronica«, an der Glandula parotis und der Uvea des Auges lokalisiert und haufig mit Paresen cerebrospinaler Nerven kompliciert). C. F. Heerfordt.

Cztery objawy składają się na całość kliniczną schorzenia, któremu H. nadaje miano *Febris uveo-parotidea subchronica.* Są one w trzech przypadkach autora następujące: gorączka trwająca nieraz kilka miesięcy, *irydocyclitis* (w 1-szym przypadku i *neuritis optica*), zapalne obrzmienie przyusznicy i objawy nerwowe (połowicze *hypalgesie, hypestesie*, porażenie *nerv. facialis* i *recurrens*). Nowe miano chorobowe temu schorzeniu nadaje H. na podstawie zasadniczych różnic między niem, a nagminnem zapaleniem przyusznicy. Różnice są następujące: 1) Okres zwiastunów trwał w 1-szym przyp. 3 mies., w 2-gim 14 dni, w 3-cim zaś kilka dni. W *parotitis epidemica* wynosi zwykle 12 do 36 dni. 2) Obrzęk przyusznicy utrzymywał się do 2 mies. podczas gdy zazwyczaj wynosi 10—14 dni. 3) Gorączka zazwyczaj trwa krótko i opada nierzadko krytycznie, tu zaś utrzymywała się w zmiennej wysokości miesiącami. 4) Najczęstsze uboczne schorzenie jakiem jest *orchitis*, tu nie wystąpiło, — wystąpiły natomiast objawy nerwowe. Co do następstwa klinicznego objawów zazwyczaj *parotitis* rozpoczyna chorobę, jednak w 2-im przyp. autora *uveitis* obustronna była pierwszym objawem choroby. Przejściowe porażenia nerwów są objawem końcowym choroby, a wywołane są, zdaniem autora, toksy-

nami. Jest według H. możliwem przypuszczenie, że *parotitis epidemica* i *febris uveo-parotidea* są wywołane pokrewnymi, albo nawet temi samemi mikrobami. Jak długo jednak mikrob obu schorzeń nie jest znany i jak długo niema opisanych w literaturze postaci przejściowych między obiema chorobami, — tak długo »*febris*« należy uważać za nową postać chorobową.

Dalszy przyczynek do anatomii krwotoków przedsiatkówkowych wraz z uwagami o błonie granicznej między siatkówką, a ciałkiem szklistem. (Weitere Beiträge zur Anatomie der präretinalen Härmorrhagie nebst Bemerkungen über die Grenzmembranen zwischen Netzhaut und Glaskörper). v. Benedek.

Za czystą postać krwotoków przedsiatkówkowych należy według autora uważać tylko te przypadki, w których nie można spostrzegać licznych wybroczyn w siatkówce, ale tylko jednę zazwyczaj w plamce żółtej położoną. Przypadki tego rodzaju są jednak bardzo rzadkie. B. badał drobnowidowo 4 gałki oczne z *retinitis septica*, w których jednak prócz typowego krwotoku zajmującego plamkę żółtą spostrzegać było można krwotoki śródsiatkówkowo położone. Krwotok przedsiatkówkowy był zawsze ściśle ograniczony, okrągły przykrywał naczynia siatkówki wysokości 2—4 tarczy nerwu wzrokowego, a szerokości 3—4 tarcz. Drobnowidowe badanie wykazało umiejscowienie krwotoku między błoną graniczną wewn., a warstwą graniczną ciałka szklistego. Na podstawie braku miejsca pęknięcia błony granicznej przypuszcza autor, że krew ta pochodziła z naczyń tarczy nerwu wzrokowego. Powierzchnia warstwy włókien nerwowych siatkówki była jak gdyby szorstką z powodu nieregularnego ułożenia i powikłania się włókien podstawowych Müllera. W miejscu tem t. zw. *margo limitans* (Schwalbe'go) nigdzie nie można było dostrzedz. — Na podstawie możliwości powstania krwotoków przedsiatkówkowych tak ściśle położonych między warstwą graniczną siatkówki, a ciałka szklistego, przychodzi B. do przekonania, że warstwy te już za życia można od siebie oddzielić i że między niemi nie może być ciągłego anatomicznego przejścia. Jeżeliby bowiem inaczej było to powstanie tak ściśle ograniczonych krwotoków między oboma temi warstwami bez wniknięcia krwi do ciałka szklistego, nie byłoby możliwem.

Kilka histologicznych szczegółów w krwotokach przedsiatkówkowych. (Einige histologische Besonderheiten der prätinalen Hämorrhagie). Dr Klauber.

Drobnowidowo zbadany przypadek krwotoku przedsiatkówkowego potwierdza w zupełności przypadek v. Benedek'a umiej-

scowieniem typowem dla krwotoków przedsiatkówkowych jest przestrzeń między warstwą graniczną, a pozostałemi warstwami siatkówki. Na podstawie obecności dość licznych krwotoków śródsiatkówkowych w różnych jej warstwach i spostrzeżenia możności przejścia tego rodzaju krwotoków w krwotok przedsiatkówkowy, sądzi autor, że przyczynowo nie ma zasadniczej różnicy między obu rodzajami krwotoków, ale jest tylko różnica co do stopnia. Uderzającem w preparatach K. było to, że przestrzeń zajęta przez odczepienie warstwy granicznej nie ograniczała się jedynie, jak to zazwyczaj bywa, do miejsca zajętego przez plamkę żółtą. Objaw ten należy sobie tłumaczyć zmianą pośmiertną, względnie działaniem środków ustalających. Powstawanie krwotoków przedsiatkówkowych w plamce żółtej należy sobie tłumaczyć pędzelkowatem rozdzieleniem się i delikatniejszą budową w tem miejscu zakończeń włókien Müllera. Krwotok przedsiatkówkowy może zająć przestrzeń większą niż plamki żółtej, na tarcz jednak nerwu wzrokowego z powodu silniejszego zrośnięcia się warstwy granicznej z podstawą, na granicy tarczy nigdy nie przechodzi.

O rozpoznawaniu umiejscowienia połowiczego widzenia. (Zur topischen Diagnose der Hemianopsia). Dr C. Behr.

Ponieważ połowicze widzenie należy do tych schorzeń mózgowych, które najczęściej występują bez współdziałania klinicznie dających się wykazać objawów ze strony środkowego systemu nerwowego, oddawna już szukano za odpowiednimi sposobami badania, przy pomocy których możnaby przeprowadzić różniczkowe rozpoznanie co do umiejscowienia schorzenia w drogach wzrokowych powodującego połowicze widzenie. Badania swoje przeprowadzał autor na chorych kliniki w Kolonii. Trzy są sposoby badania, zapomocą których jest się w możności odróżnić czy połowicze widzenie równoimienne jest spowodowane schorzeniem umiejscowionem na podstawie mózgu, czyli też śródmózgowo, a względnie korowo położonem. Pierwszym sposobem jest badanie jednostronnego oddziaływania źrenic. Teoretyczne przypuszczenie, że w razie przerwania włókien źrenicznych w *tractus n. opt.* nagłe oświetlenie odpowiednich równoimiennych połówek siatkówki, musi pozostać bez wpływu na szerokość źrenic, zostało stwierdzone przez B. na trzech przypadkach połowiczego widzenia spowodowanego schorzeniem *tractus n. opt.* Jeżeli się do objawu tego dołączy również brak odruchowych nastawczych ruchów gałek ocznych mających za cel zlewanie się w jedną całość oglądanych przedmiotów, to rozpoznanie umiejscowienia schorzenia w *tractus* nie ulega żadnej już wątpliwości. Próba więc z pryzmatami Wilbranda jest drugą

ważną metodą rozpoznawczą. Trzecią metodą jest badanie wziernikiem tarczy n. wzrok. Zanikowe bowiem odbarwienie tarczy n. wzrok. jest silniejsze na stronie równoimiennej z połowiczem widzeniem (np. w prawostronnej hemianopsyi równoimiennej na prawej tarczy). Tłumaczyć sobie to należy przewagą skrzyżowanych zanikłych włókien nerwowych. Śródmózgowe ognisko z następnem zstępującem zwyrodnieniem dróg wzrok. na podstawie mózgu i następowego zblednięcia obustronnego tarczy n. wzrok. Gdy istnienie jego datuje się od wczesnego dzieciństwa. Następstwem hemianopsyi jest patrzenie się głównie okiem, którego obwodowa część pola widzenia jest zachowana. Drugie oko staje się amblyopijne i nastawia się w stan spokoju mięśniowego. Okolica plamki żółtej jest w polu widzenia w przypadkach hemianopsyi śródmózgowej zawsze zachowana. Czy również ma to miejsce i w hemianopsyi spowodowanej schorzeniami *tractus n. optici* pozostawia autor nierozstrzygniętem. Bystrość wzrok. tylko w tych przypadkach jest prawidłową, w których ubytek w polu widzenia nie zajmuje okolicy plamki żółtej. W przypadkach hemianopsia *homonyma* zauważył autor, że szerokość źrenicy i szpary powiekowej po stronie równoimiennej z hemianopsyą jest większą. Możnaby z pewną możliwością w takich przypadkach, według B. przypuszczać, że jest schorzały *tractus* po drugiej stronie leżący. Badanie adaptacyi wykazało, że na obu połówkach siatkówki tak widzącej, jak też na połówce, na której widzenie jest upośledzone, jest prawidłowe. Na podstawie przypadków połowiczego widzenia połączonego z zaburzeniami w oryentacyi (*asymbolia*, *alexia*, *agraphia*) przypuszcza autor. że pole przypominania sobie optycznych wrażeń (centrum w ścisłem tego słowa znaczeniu) położone jest w płacie potylicznym lub skroniowym lewej półkuli mózgowej. Im większemu zniszczeniu uległy włókna nerwu wzrokowego tem silniejszego potrzeba podrażnienia (w zakresie ubytku w polu widzenia), ażeby można było wywołać wrażenie wzrokowe. Prawidłowo już nosowa połowa siatkówki jest więcej czułą na źrenicoruchowe podrażnienia, aniżeli część skroniowa.

Przyczynek do znajomości nowotworów tęczówki.

(Ein Beitrag zur Kenntniss der Irisgeschwülste). Dr E. Franke.

Autor opisuje przypadek mięsaka tęczówki wielkości ludzkiej soczewki z prawidłową zupełnie bystrością wzrokową. Pomimo namowy ze strony F. guz usunięto jedynie drogą irydektomii. Na podstawie badania drobnowidowego, które wykazało w nowotworze obfitą siatkę naczyń i bujanie komórek przybłonka naczyniowego, uważa autor ten guz za *perithelioma*. Nowotwory tego pochodzenia,

jak to uczą przypadki podobnych guzów przyusznicy, opony twardej mózgu i pochewek n. wzrokowego należą do guzów dobrotliwych. W takich więc razach wspólnie z Hirschbergem, a sprzeciwiając się zapatrywaniom radykalnym Wintersteinera można poprzestać na irydektomii w razie jeżeli bystrość wzrokowa jest prawidłowa. Ażeby módz z całą pewnością zająć odpowiednie w podobnych razach stanowisko potrzeba dalszych badań tak mikroskopowych jak i spostrzeżeń klinicznych.

Klinische Monatsblätter f. Ak. R. 1908. R. XLVI. luty. (Ref. Dr Liebermann).

Neuritis retrobulbaris acuta i sclerosis disseminata. (Neuritis retrobulbaris acuta und multiple Sclerose). Doc. Dr B. Fleischer — Tybinga.

Badania autora wykazują, iż ostre zapalenie nerwu wzrokowego jest w większości przypadków tej choroby, tylko bardzo wczesnym objawem choroby mózgordzeniowej: *sclerosis disseminata*

Niebieskie zabarwienie twardówki skutkiem jej cienkości jako wrodzona i dziedziczna wada. (Blaufärbung des Augapfels durch Verdünnug der Sclera als augeborene und erbliche Anomalie). Dr Peters — Rostock.

U noworodka obie gałki oczne wykazywały niebieskawe zabarwienie. Tę samą anomalię wykazywało kilku członków rodziny.

Nawrot czarnego mięsaka w $11\frac{1}{2}$ lat po wyjęciu gałki ocznej z powodu sarcoma chorioideae. (Melanosarcomrecidiv $11\frac{1}{2}$ Jahre nach der Enucleation eines Auges mit Aderhautsarcom). Prof. Dr A. Wagenmann — Jena.

Wyjęcie gałki ocznej mimo, iż nowotwór w niem usadowiony nie przebił jeszcze twardówki, nie chroni bezwzględnie przed nawrotem tej choroby. Dowodem tego jest opisany przez autora przypadek, w którym po $11\frac{1}{2}$ latach dwukrotnie wystąpiła miejscowa recydywa.

Przyczynek do ophthalmia metastatica. (Beiträge zur Kenntniss der metastatischen Ophthalmie). Dr S. Kitamura — Japonia.

Opis dwu przypadków przerzutowego zapalenia ropnego gałki ocznej, jako jeden z objawów ogólnego zakażenia. W pierwszym

przypadku punktem wyjścia dla ogólnego zakażenia było zapalenie migdałków, w drugim zakrzep w zatoce żylnej mózgowej. Historya choroby w pierwszym przypadku była o tyle pouczającą, iż wykazywała, jak rozmaite postacie przybierać może jedno i to samo zakażenie. Mianowicie po ustąpieniu zapalenia gardła wystąpiło u chorego *erythema nodosum*. Wkrótce przyłączyło się do tego reumatyczne zajęcie obu stawów łokciowych, następnie trzeszcz gałki ocznej lewej i zropienie tejże gałki. Sekcya wykazała zaczopowanie wszelkich naczyń siatkówki i większych naczyń naczyniówki kotoniami paciorkowca złocistego.

Gruźlica oka i rheumatismus ankylosans chronicus. (Augentuberkulose und chronischer ankylosierender Gelenkrheumatismus). Dr B. Fleischer — Tybinga.

Poucet wykazał, iż gruźlica stawów daje niekiedy obraz zupełnie do gośćca podobny: obrzęki stawów z następowymi zrostami i skostnieniami tychże. Na poparcie tej teoryi podaje autor dwa przypadki gruźliczego zajęcia jagodówki u chorych cierpiących na zmiany w stawach i u których reakcya tuberkulinowa dała wynik dodatni. U drugiej z opisanych chorych nie było wprawdzie wybitnych zmian w stawach, były one jednakże u rodzeństwa chorej.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

XI międzynarodowy kongres okulistyczny w Neapolu.

(2—7 kwietnia 1909 r.).

(Ref. Dr E. Rosenhauch).

I. posiedzenie: 3-go kwietnia. Przewodniczy Prof. de Lapersonne, Paryż.

1) Hess (Wyrcburg): **O jednolitem określaniu i oznaczaniu bystrości wzrokowej.**

Autor zaleca tablicę złożoną zarówno z liter odpowiednio dobranych, jak i pierścieni Landolta.

Tablice te wyrabia firma T. F. Bergmann (Wiesbaden). Badać należy ile możności przy świetle dziennem w jasnych ubi-

kacyach. Źródło światła ma być umieszczone naprzeciw tablicy, a nie z boku.

Sbordone rozdaje tablicę, która prócz cyfr i pierścieni Landolta zawiera także haki.

2) Blanco (Walencya). **Nowa uniwersalna skala optotypów.**

Są to czarne kwadraciki na jasnem polu, oddzielone jedne od drugich przestrzeniami białemi, taksamo dużemi, jak czarne kwadraciki. Główny nacisk kładzie autor na to, aby różnica w wielkości pomiędzy poszczególnymi szeregami była jednostajną.

3) Blaauw (Buffalo). **Znaczenie szkieł korygujących w ogólnej patologii i ich oznaczanie.**

Nieprawidłowa refrakcya jest często przyczyną bólów głowy, bezsenności i dolegliwości żołądkowych, zwłaszcza u »nerwowych«. Badanie bystrości wzrokowej i dna oka należy wprowadzić koniecznie, jako część ogólnego badania. Niestety zbyt mało sprawa ta bywa dotąd uwzględnianą. Badać bystrość wzrokową bez atropiny, bo to razi i zniechęca często chorych.

4) Murri (Turyn). **Badania doświadczalne nad oznaczaniem bystrości wzrokowej i nad t. zw. „minimum separabile" przy różnych optotypach, jakoteż o związku między względną akomodacyą a zdolnością odczuwania głębokości u jednookich.**

W pierwszych czasach po operacyi wielkość pola akomodacyjnego jest stosunkowo mniejsza, ale potem przystosowuje się do warunków otaczających i staje się coraz rozleglejszą. Zmysł trzeci t. j. poczucie głębokości stale się u jednookich wykształca i stopniowo wydelikaca i pozostaje w prostym stosunku do postępującego wzmagania się względnego pola akomodacyjnego.

5) Pergens (Maeseyck). **Badanie elementarnej bystrości wzrokowej.**

Autor ułożył trzynaście tablic z różnemi na nich figurami, aby się przekonać o zdolności rozpoznawania różnych kształtów z różnych odległości. Każda tablica ma różne figury wyrysowane (kwadraty, linie czarne na białem tle). Badany zbliża się stopniowo, powoli do tablic, aż zdoła rozpoznać wyrysowane figury.

6) Trantas (Konstantynopol). **O prześwietlaniu gałki za pomocą zwykłej lampy.**

Autor rzuca światło zwykłej lampy za pomocą soczewki (20—30 D) przez źrenicę na twardówkę i patrzy na nią. Przez

prawidłową twardówkę światło przechodzi, jeśli jest jakieś zgrubienie (tumor), światło nie przechodzi.

7) Lopez (Habana). **Formułka pola widzenia.**

8) Wölfflin (Bazylea). **O obuocznem polu widzenia zezujących po operacyi.**

Autor stawia przed jedno oko płytkę czerwoną, przed drugie zieloną, ze szkieł o jednakiej jasności. Jako źródło światła służy lampka żarowa, zasłonięta ciemną puszką, która w środku ma mały otworek, a w nim matową białą szybkę. Takim przyrządem badając doszedł autor do wniosku, że po operacyi u zezujących obie zewnętrzne połowy pola widzenia zaopatrują odpowiadające miejsca siatkówki oka po tej samej stronie się znajdującego. W okolicy punktu fiksacyjnego znajdują się blizko siebie leżące obrazki podwójne, które powoli z sobą się zlewają.

W dyskusyi zaznacza Gonin, jak różne są wyniki badanych po operacyi zeza.

9) Percival (Newcastle). **O oznaczaniu osi niezborności i stopni na schemacie pola widzenia.**

Dla osi niezborności poleca jednakie nazwy dla obu oczu. Poczynając od linii poziomej w kierunku przeciwnym biegowi wskazówek zegara, liczy się od 0 do 180°. Znika wtedy nazwa: poziomy, pionowy. Liczy się tylko połowę koła. Dla pola widzenia oznacza autor 0 na prawo od chorego i liczy w koło do 360°.

10) Lucien Howe (Buffalo). **O sile podnoszącej adduktorów i abduktorów.**

Autor obmyślił w tym celu kilka przyrządów, dość skomplikowanych, z których najlepszym ma być nazwany przez niego *Pendulum-Ophthalmo-Dynamometer*.

11) Landolt (Paryż). **Zupełne instrumentarium dla ocznych zabiegów chirurgicznych.**

Najczęściej używane narzędzia często wykazują źle zbudowaną, czy to rączkę, czy ostrze, czy też stosunek rączki do powierzchni tnącej. Według wskazówek autora sporządza odpowiednie narzędzia firma: Luer w Paryżu.

12) Marquez (Madryt), **O biastygmatyzmie, niezborności podwójnej.**

Poleca wyrównywać niezborność soczewkową w przypadkach, w których po wyrównaniu niezborności rogówkowej nie otrzymujemy prawidłowej bystrości wzrokowej.

13) Oliver (Filadelfia). **Żądania w sprawie barwnych sygnałów i ich międzynarodowe unormowanie.**

Do badania poczucia barw poleca autor podane barwne wełniane nitki. Celem badania personalu kolejowego lub marynarzy należy badać na wolnem powietrzu z odpowiednich odległości, najlepiej zapomocą tablic ruchomych, na których są namalowane, albo w których są umieszczone szklane, barwne kwadraty. Należy przyjąć międzynarodowe jednakowe barwy do badania.

14) Birch-Hirschfeld (Lipsk). **Zmiany na spojówkach po częstem naświetlaniu zapomocą krótkofalistego światła.**

Autor dostrzegał zmiany podobne do nieżytu wiosennego spojówki, zarówno pod względem wyglądu makroskopowego jak i drobnowidowego. Naświetlał wywróconą spojówkę królika przez kilka miesięcy co 4 dni przez 10 minut *(Uviollampe).*

Dyskusya:

Axenfeld zapytuje, czy i bez odwracania powiek zmiany te występowały?

Schanz: główną rolę odgrywają tu promienie światła o długości fali 320—300 $\mu\mu$ — pozafioletowe.

Czellitzer podaje o cierpieniu masowem w Berlinie *ophthalmia electrica.*

Gonin: w górach rzadki jest katar wiosenny, pomimo, że światło górskie zawiera liczne promienie pozafioletowe.

Trautas: nieżyt wiosenny zaostrza się; gdy są dni gorące, czasem i na rogówce są powierzchowne zmętnienia.

Birch-Hirschfeld odpowiada, że i bez odwracania powiek otrzymywał zmiany, ale wtedy tylko na spojówce gałki i na rąbku rogówkowym.

15) Gonin (Lozanna). **Czy istnieje amblyopia z powodu nieużywania?**

Odpowiedź wypada potakująco.

Lodato i Hoor potwierdzają wyniki badań Gonina — pierwszy na podstawie własnych badań, drugi na podstawie spostrzeżeń z praktyki.

16) Ferentinos (Patras). **Działanie lecznicze oseptycznego podspojówkowego ropnia w przypadkach zakażenia pooperacyjnego.**

Autor wstrzykuje podspojówkowo 2 podziałki Pravatza mieszaniny nafty zaprawionej jodkiem rtęci i wazelinowego oleju.

Ropień ma działać przez wytwarzanie antytoksyn, zwłaszcza w przypadkach owrzodzenia pełzającego. Stosował też w przypadkach zakażenia po operacyi zaćmy. (Wyniki nie bardzo przekonywające).

17) Duane (Nowy-York). **Plan jednolitego mianownictwa anomalii zaburzeń ruchowych gałki ocznej.**

Autor krytykuje dotychczasową terminologię i poleca nazwy nowe, jednorodne.

Polemizuje z wywodami tymi Landolt, poczem Duane proponuje wybranie komisyi, któraby się sprawą tą zajęła.

18) Barraza (Buenos-Ayres). **O zranieniach oka ze stanowiska sądowo-lekarskiego.**

Żąda zaprowadzenia ustawy w sprawie wynagradzania za wypadki oczne w Argentynie i wybrania do grona znawców także okulisty.

19) Percival (Newcastle). **Obliczenie bystrości wzrokowej (Visual Efficiency).**

Autor zaleca nową formułkę dla odsetkowego obliczenia utraty bystrości wzrokowej po wypadkach, choć już dawno stwierdzono, że nie da się ująć spraw tych w szablon. (Axenfeld: Kongres w Lucernie).

20) Menacho (Barcelona). **O rozszerzeniu naczyń limfatycznych całej spojówki podczas ciąży.**

Cierpienie to wystąpiło jednostronnie. Po porodzie ustąpiło bez śladu. Jako przyczynę uważa autor zaburzenia w krążeniu podczas ciąży.

21) Scalinci (Neapol). **Nowe zapatrywanie na patogenezę zaćmy pierwotnej.**

Roztwory kwasów (octowego, mrówkowego, oksymasłowego i in.) neutralizują fakoproteiny, przyczem tworzą się strąty prowodujące zmętnienie soczewki. Tak tłumaczy się też powstawanie zaćmy w przypadkach cukrzycy, nadmiernej kwasoty, oksaluryi, skazy moczanowej, konwulsyach i t. d.

Pardo zapytuje, czy przez wprowadzenie kwasów do przedniej komory można otrzymać zaćmę.

Scalinci: odpowiada potakująco na podstawie własnych doświadczeń.

22) Valude (Paryż). **O operacyi zaćmy.**

Aby usunąć resztki należy wypłukać przednią komorę. W tym celu radzi autor przez rogówkę i episklerę przed operacyą prze-

prowadzić szew, a po dokonaniu operacyi wypłukać kaniulą Redarda, poczem szew związać.

W dyskusyi przemawiają przeciw zakładaniu szwu Marquez i Landolt.

23) Elschnig (Praga). **Ekstrakcya zaćmy starczej w torebce.**

Na podstawie badań i doświadczenia na obfitym materyale dochodzi E. do wniosku, że metoda Smitha (ekspresyi soczewki) nie jest bardzo bezpieczną *(iritis, prolapsus corporis vitrei)* i radzi w przeważnej ilości zabiegów przecinać torebkę, a następnie jądro wyciskać.

24) Gidney (Assam). **Leczenie niedojrzałej zaćmy.** (The »Treatment of Immature Cataract«).

Najlepszym zabiegiem przy operacyi takich zaćm jest zabieg Smitha (Irydektomia, a następnie usunięcie zaćmy w torebce).

Dyskusya: Galenga, Axenfeld, Hore, Falchi przemawiają przeciw zabiegowi Smitha w zwykłych zaćmach, tylko w wyjątkowych przypadkach można go używać.

Pagenstecher już radzi zamiast tego usuwanie zaćmy łyżką Pagenstecherowską.

25) Del Monte (Neapol). **Przyczynek do studyum zwyrodnienia skrobiowatego spojówki i powieki.**

Zdaniem autora biorą udział w wytwarzaniu się tego zwyrodnienia komórki plazmatyczne, jednojądrzaste i wielojądrzaste leukocyty, jak i występujące z naczyń ciałka czerwone krwi. Jednakże pierwszym momentem jest zmiana ścian naczyń krwionośnych.

26) Orlandini (Wenecya). **Studyum o kilku postaciach zeza.**

27) Ovio (Modena). **Wpływ perspektywy na postać i wielkość obrazu.**

Stale ze zmianą wielkości obrazu łączy się i zmiana jego postaci. W dwóch tylko wypadkach zmiany te rozłączają się: gdy patrzymy z przodu na obraz stojący prosto i gdy patrzymy na skośny obraz ze skończonej odległości. W pierwszym przypadku zmienia się tylko wielkość, w drugim tylko postać.

28) Ovio (Modena). **Wpływ perspektywy na bystrość wzrokową.**

Przy nachyleniu przedmiotu w osi pionowej lub poziomej nie występują wybitne zmiany w bystrości wzrokowej. Pewne

różnice zachodzą między nachyleniem w osi pionowej i poziomej na korzyść tej ostatniej.

29) Ovio (Modena). **Wpływ perspektywy na czytanie.**

Należy drukować książki dużemi literami, książka nie powinna być zbytnio nachylona ani w osi pionowej ani w poziomej. Powinno się książkę w dość znacznej trzymać odległości, gdyż, jak wiadomo, wpływ perspektywy rośnie ze zmniejszeniem odległości przedmiotu do oka.

30) Verderan (Barcelona). **O leczeniu poczynającej się zaćmy starczej wstrzykiwaniami jodku potasu pod spojówkę.**

Jeśli bystrość wzrokowa wynosi $\frac{1}{6}$—$\frac{1}{4}$ radzi krople jodowe, i kąpiele oczne według Badala, przy bystrości wzrokowej $\frac{1}{8}$ i poniżej radzi wstrzykiwać podspojówkowo $1\frac{1}{2}$—$2^0/_0$ roztwór jodku potasu. Jeśli bystrość wzrokowa wynosi $\frac{1}{100}$ — operacya.

31) Gutmann (Berlin). **Uwagi nad „ophthalmia medicamentosa sive therapeutica“.**

Nieżyty spojówek spowodowane przez wady refrakcyi pogarszają się pod wpływem środków ściągających. Należy przepisać szkła odpowiednie. Uważnie należy stosować kokainę i atropinę, zwłaszcza w przypadkach skrofulicznych zapaleń i miąższowych rogówki. Rozwórkami nie za często roztwierać powieki. W *ulcus rodens* nie należy stosować środków znieczulających ani preparatów nadnercza. Zbyt częste sondowanie przewodów łzowych — jest niejednokrotnie szkodliwe.

Dufour zwraca uwagę na częstą idyosynkrazyę przeciw kokainie.

32) Ortin (Madryt). **W sprawie etyologii skrzydlika.**

Sądzi, że przyczyną tego cierpienia jest przerost spojówki z powodu częstego przekrwienia zapalnego. Ważną rolę odgrywa tu też zastój łez. Nie wierzy, aby mikroby powodowały powstawanie skrzydlika.

33. Cosmettatos (Ateny). **O toksycznem zapaleniu spojówki pochodzenia zwierzęcego.**

U parobka śpiącego w stajni wystąpiły nagle objawy podobne do zapalenia Parinaud'a. Autor sądzi, iz przyczyną tego cierpienia było ukąszenie muchy lub innego owadu w stajni przebywającego.

IV. ROZMAITOŚCI.

Uranina, barwik przez Ehrlicha wprowadzony do fizyologii, nie trujący, zabarwia. odpowiednio stosowany, wedle Dr Hamburgera, błony śluzowe i skórę podobnie do żółtaczki.

Do oka zdrowego barwik ten, albo wcale nie dostaje się, albo dopiero po 2—3 godzinach i to w bardzo nieznacznych ilościach, gdy ciecz wodna oka chorego w bardzo krótkim czasie (30 minutach) zielonkowato zabarwia. Im cięższe zapalenie tem prędzej i silniej zabarwienie występuje.

(Kl. Mtblaetter zesz. z maja).

Miesięcznik **Ophthalmologische Klinik,** wydawany przez Prof. Königshöfera w Stuttgarcie, przestał wychodzić.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Uhthoff z Wrocławia mianowany członkiem koresp. wiedeńskiego Tow. lekarskiego.

Dr Inglis Pollock w Glasgowie mianowany asystent surgeon w tamtejszem Eye Infirmary.

Habilitował się: Dr Loehlein, I asystent kliniki okulist. uniwers. w Gryfii.

Mianowany: Dr Józef Imre w Hodmezö-Vasarhely na Węgrzech, prof. zwycz. okul. w Klausenbergu — na miejsce Hoora, powołanego do Budapesztu.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Zmarli: Charles Bell Taylor w Nottingham; Simon Snell R. C. S. w Sheffield, Karol Hotz w Chicago, Dr Lesshaft w Zgorzelicach i Dr Jose Ramos w Meksyku.